



Antes de preencher leia a informação do [quadro 6](#).

Dados do beneficiário (preencher sempre, ainda que o pedido se refira a familiar(es))

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

Data de nascimento

ano mês dia

Nacionalidade

Morada

Localidade

Código Postal

Telemóvel ou telefone

E-mail

Preencher no caso de cidadão estrangeiro:

Período de autorização de permanência/residência em Portugal de

a

ano mês dia ano mês dia

Titularidade do CESD

Indique para quem é pedido o cartão, assinalando uma ou ambas as opções:

Beneficiário

Familiar(es)

Se assinalou "Familiar(es)" preencha também o [quadro 4](#).

Sistema ou subsistema de proteção social que abrange o beneficiário

3.1. Indique a sua situação, na presente data, perante o sistema ou subsistema de proteção social:

É beneficiário ativo?

Sim

Não

É pensionista/aposentado?

Sim

Não

3.2. Se em 3.1. assinalou "sim" em alguma das situações assinale, também, o respetivo sistema ou subsistema de proteção social:

Sistema de Segurança Social português

Sistema de proteção social de outro Estado-Membro da União Europeia, da Islândia, da Listenstaina, da Noruega, Reino Unido e da Suíça, coordenável pelos Regulamentos (CEE) de segurança social, inscritos no sistema de Segurança Social português

Subsistema de proteção social de:

ADSE

SAD-PSP

SAD-GNR

IASFA/ADM

N.º de identificação

3.3. Se em 3.1. assinalou "não" assinale também o serviço de saúde que o abrange e indique o respetivo número de identificação de utente:

Serviço Nacional de Saúde

Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma dos Açores

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E.

N.º de identificação de utente

(conforme consta do Cartão de Utente ou no verso do Cartão de Cidadão)

4

Identificação do(s) familiar(es) a cargo do beneficiário para quem é solicitado o CESD

No caso de existirem familiares que dependam de outros sistemas ou subsistemas diferentes do indicado pelo beneficiário, deve ser preenchido outro requerimento.

Nome completo do familiar

Data de nascimento Nacionalidade Grau parentesco com o beneficiário

- -

ano mês dia

N.º de Identificação no sistema ou no subsistema de proteção social

Preencher no caso de cidadão estrangeiro:

Período de autorização de permanência/residência em Portugal de - - a - -

ano mês dia ano mês dia

Nome completo do familiar

Data de nascimento Nacionalidade Grau parentesco com o beneficiário

- -

ano mês dia

N.º de Identificação no sistema ou no subsistema de proteção social

Preencher no caso de cidadão estrangeiro:

Período de autorização de permanência/residência em Portugal de - - a - -

ano mês dia ano mês dia

Nome completo do familiar

Data de nascimento Nacionalidade Grau parentesco com o beneficiário

- -

ano mês dia

N.º de Identificação no sistema ou no subsistema de proteção social

Preencher no caso de cidadão estrangeiro:

Período de autorização de permanência/residência em Portugal de - - a - -

ano mês dia ano mês dia

Nome completo do familiar

Data de nascimento Nacionalidade Grau parentesco com o beneficiário

- -

ano mês dia

N.º de Identificação no sistema ou no subsistema de proteção social

Preencher no caso de cidadão estrangeiro:

Período de autorização de permanência/residência em Portugal de - - a - -

ano mês dia ano mês dia

5

Declarações

Tenho conhecimento que:

- ▶ o CESD apenas permite beneficiar dos cuidados de saúde clinicamente necessários, tendo em conta a natureza das prestações a conceder e a duração previsível da estada.

Comprometo-me a:

- ▶ não deslocar a nenhum dos outros Estados-Membros com o intuito de obter cuidados médicos para uma doença pré-existente, quer em relação a mim próprio quer a qualquer dos membros da família mencionados no [quadro 4](#);
- ▶ não exercer, noutro Estado-Membro, qualquer atividade profissional por conta de entidades empregadoras não abrangidas pela Segurança Social portuguesa;
- ▶ devolver o(s) CESD(s) à entidade que o(s) emitiu, caso venha a alterar-se a minha ligação ao sistema/subsistema/serviço acima assinalado, ou do(s) familiar(es) a meu cargo, designadamente por motivo de fixação de residência fora de Portugal, obtenção de emprego no estrangeiro, ou ainda mudança de empregador nacional que implique alteração da referida ligação.

Declaro que:

- ▶ em virtude de me encontrar em situação de desemprego:
 - vou deslocar-me ao estrangeiro à procura de emprego e cumpro as formalidades junto do Centro Distrital do Instituto da Segurança Social, I.P.
 - comuniquei a deslocação, por motivo de férias, ao Centro de Emprego, uma vez que me encontro a receber Subsídio de Desemprego.
- ▶ a informação que prestei é completa e verdadeira.

Data

- -
ano mês dia

Assinatura

Assinatura do beneficiário ou de outra pessoa a seu rogo (assinatura de outra pessoa quando o beneficiário não pode ou não sabe assinar) conforme documento de identificação válido.

6

Informações

O Cartão Europeu de Seguro de Doença (CESD):

- ▶ É nominativo e individual, pelo que cada beneficiário, titular e familiar, que se desloque ao estrangeiro, deverá possuir o seu.
- ▶ É solicitado pelo beneficiário (ativo ou pensionista) e/ou pelo(s) familiar(es).
- ▶ Assegura a prestação de cuidados de saúde sempre que beneficiários de um sistema de Segurança Social coordenável de um dos Estados-Membros da União Europeia¹, Islândia, Liechtenstein, Noruega, Reino Unido e Suíça, se deslocam temporariamente neste espaço.
- ▶ O requerente deve pagar as taxas e/ou comparticipações² que lhe forem cobradas nos Estados-Membros onde lhe forem prestados cuidados de saúde, no âmbito dos respetivos serviços oficiais de saúde ou serviços de saúde convencionados.
- ▶ Caso se trate de um Estado-Membro cuja legislação preveja o pagamento integral dos cuidados de saúde e dos medicamentos obtidos na farmácia e posterior reembolso deve o respetivo reembolso ser solicitado, sempre que possível, no Estado-Membro em causa, mediante apresentação do CESD e indicação da referência bancária (número IBAN e código SWIFT) para onde possa ser transferido para Portugal o valor a receber, no caso de sair desse Estado-Membro antes de obter o reembolso.
- ▶ É o caso da Suíça, por exemplo, onde é, muitas vezes, exigido o pagamento integral, porque os prestadores de cuidados de saúde são todos privados.

¹ Os Estados-Membros da União Europeia são: Alemanha, Áustria, Bélgica, Bulgária, Chéquia, Chipre, Croácia, Dinamarca, Eslováquia, Eslovénia, Espanha, Estónia, Finlândia, França, Grécia, Hungria, Irlanda, Itália, Letónia, Lituânia, Luxemburgo, Malta, Países Baixos, Polónia, Roménia e Suécia.

² De igual valor ao que seria aplicado ao segurado do Estado-Membro onde se encontra temporariamente, podendo ser exigido o copagamento ou o pagamento integral dos cuidados de saúde concedidos.

6

Informações (continuação)

Se não for possível pedir o reembolso naquele Estado-Membro, deverá apresentar as faturas no Centro de Saúde que o abrange em Portugal para que lhe possa ser concedido o reembolso por parte da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). Para o efeito, o Centro de Saúde articular-se-á com a instituição do referido Estado com vista à indicação do montante a reembolsar. Em caso de perda ou roubo do Cartão Europeu de Seguro de Doença, deve avisar, imediatamente, a entidade que o emitiu e seguir as indicações que lhe forem transmitidas.

Proteção de dados



Os dados pessoais recolhidos serão objeto de tratamento pelos serviços da Segurança Social (Instituto da Segurança Social, I.P., Instituto da Segurança Social dos Açores, I.P.R.A. e Instituto de Segurança Social da Madeira, IP-RAM) e serão conservados pelo prazo necessário para cumprir a finalidade a que se destinam.

Os serviços da Segurança Social comprometem-se a proteger os seus dados pessoais e a cumprir as suas obrigações no âmbito da proteção de dados.

Para mais informações sobre a proteção de dados consulte o site da Segurança Social em www.seg-social.pt

A preencher pela Segurança Social

Confirmo que a assinatura do/a **Beneficiário** **Pessoa que assinou a rogo** está em conformidade com o seguinte documento de identificação:

Cartão de Cidadão Bilhete de Identidade Passaporte Outro

Número

Validade

- -
ano mês dia

Assinatura e carimbo